

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 24

Au sujet d'une forme abortive
d'infection périnéphrétique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1931.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frank JACOWSKI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 11 Avril 1906 à BEAUMONT-DU-GATINAIS (Seine-et-Marne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**AU SUJET D'UNE FORME ABORTIVE
D'INFECTION PÉRINÉPHRÉTIQUE**

Au sujet d'une forme abortive d'infection périnéphrétique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1931.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frank JACOWSKI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 11 Avril 1906 à BEAUMONT-DU-GATINAIS (Seine-et-Marne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, VALLAS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etherne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (icon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CHERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; LARROYENNE, assesseur ;

GABRIEL et ROCHET, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE NOTRE PÈRE,

LE DOCTEUR RENÉ JACOWSKI

Sa probité, sa conscience du devoir,
sa haute vertu morale n'avaient d'égal
que son amour paternel.

La maladie nous l'a ravi trop tôt
pour qu'il réalisât son plus cher désir :
nous voir embrasser la carrière médi-
cale et continuer ainsi la tradition
familiale.

A NOTRE MÈRE

Qu'y a-t-il de plus doux que la ten-
dresse d'une mère ?

Ses sages conseils ne nous ont
jamais été ménagés.

Que ce modeste travail soit pour elle
un faible témoignage de notre ten-
dresse filiale.

A NOTRE EPOUSE,

Externe des Hôpitaux de Paris

Une dédicace, aussi importante fût-
elle, ne saurait exprimer notre pro-
fonde affection pour celle que la des-
tinée nous a donnée comme collabo-
ratrice.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT DELAYE

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Après nous avoir prodigué les soins les plus dévoués au cours d'une longue maladie, il fut pour nous le conseiller le plus bienveillant et le plus averti.

Qu'il trouve ici nos remerciements très sincères et l'assurance de notre vive reconnaissance.

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES DES FACULTÉS

ET DES HÔPITAUX DE PARIS ET DE LYON

A NOS MAÎTRES DU VAL-DE-GRACE ET DE DESGENETTES

AU SUJET D'UNE FORME ABORTIVE D'INFECTION PÉRINÉPHRÉTIQUE

Introduction

C'est à l'occasion d'un cas personnel que l'idée nous est venue d'étudier les formes abortives des périnéphrites.

Or les annales médicales ne nous ont pas apporté beaucoup d'observations qui soient dignes d'être retenues; la plupart d'entre elles datent du siècle dernier, et l'époque actuelle est encore moins riche. A quoi cela tient-il ? A l'opération précoce, que personne ne discute, à son faible risque résultant des méthodes aseptiques et des techniques modernes.

Le petit nombre de cas publiés tient peut-être à ce que, selon de nombreux auteurs, la périnéphrite passerait inaperçue au cours de certaines infections qui la masqueraient par leurs phénomènes généraux ; du reste, le diagnostic de cette lésion n'est pas si simple, comme nous le verrons.

Aujourd'hui, tous les chirurgiens sont d'avis d'intervenir au début de la maladie, alors que l'état général du sujet lui permet de supporter l'acte chirurgical

avec les suites les plus favorables. Cette opinion est indiscutable et l'on ne compte plus les périnéphrites opérées.

Mais, dans certains cas constituant une infime minorité, et à propos desquels on ne peut formuler aucune règle précise, il s'est trouvé que l'évolution de la maladie, tendant à la formation d'un abcès, s'est faite vers la résolution, sans aucun traitement.

Nous ne nous posons pas en champions de l'abstentionnisme ! Au contraire ; nous sommes d'avis qu'il faut opérer les phlegmons périnéphrétiques ; mais il nous a semblé intéressant d'étudier un cas un peu exceptionnel où l'intervention fut différée, puis inutile, tout revenant à l'état normal sans thérapeutique adjuvante, sans vaccinothérapie tout spécialement : inutile d'insister sur le fait que ce cas aurait été considéré comme un beau succès de la méthode, si un vaccin quelconque avait été injecté.

Nous allons d'abord rapporter notre observation, puis celles trouvées dans la littérature, et nous terminerons par un essai de systématisation de ces formes.

Observations

OBSERVATION I (personnelle)

Le malade, étudiant en médecine, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital militaire Desgenettes, le 7 janvier 1930 ; il présente un phlegmon de l'auriculaire gauche (face dorsale), que M. le Docteur Delaye incise sous anesthésie générale au kélène.

Dans les antécédents, on relève quelques orgelets et un abcès de la région temporale gauche, en 1928. Il sort guéri, le 24 janvier.

Les choses semblaient redevenues normales lorsque, le 30 janvier, vers 17 heures, il ressent dans l'hypochondre droit une douleur profonde qui dure environ une demi-heure. Il se fait examiner par un de ses camarades qui constate que la douleur ne peut être localisée de façon précise; néanmoins, elle semble siéger dans la région lombaire droite, et on l'attribue à un effort qui se serait produit le matin en faisant de l'escrime.

Les jours suivants, la douleur se reproduit à la même heure; sa durée et son intensité s'accroissent vite; elle finit par devenir continue, avec, à l'occasion de mouvements brusques ou d'efforts, des paroxysmes que rien ne peut calmer, ni les médicaments, ni la recherche d'une position favorable. Le sommeil est agité et s'accompagne d'une transpiration très abondante; les urines sont hautes en couleur

et il est probable que la fièvre s'allume, mais la température n'a pas été prise à ce début.

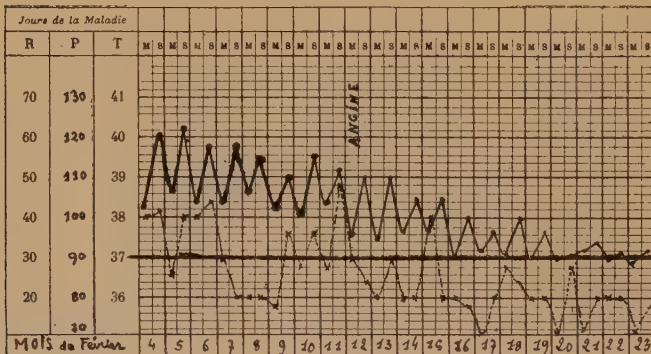
Le 4 février, c'est-à-dire quatre jours après le premier symptôme, le malade se présente à la visite médicale, d'où il est envoyé à l'hôpital militaire Desgenettes.

Au cours de son transport en ambulance, il est pris de frissons et la douleur prend une acuité extrême.

A son arrivée, l'état général est touché : frissons, température à $38^{\circ}4$; la douleur est violente sans rémission. L'aspect du malade est celui d'un infecté : le teint est plombé; il reste couché sur le dos, les jambes à demi-fléchies, ou sur le côté droit, la cuisse en flexion légère sur le bassin; l'extension du membre inférieur droit, de même que la position assise sont particulièrement pénibles.

L'examen est pratiqué par M. le Professeur Gabrielle : la région lombaire droite est sensible à la palpation, surtout au niveau des points costo-vertébral et costo-lombaire; les

FEUILLE DE TEMPÉRATURE



autres symptômes sont négatifs : rate et foie normaux, pas de taches rosées, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de point appendiculaire douloureux, pas de diarrhée, ni de constipation; urines peu abondantes, rougeâtres, ne contenant ni sang, ni pus, ni sucre, ni albumine,

Une légère submatité de la base droite ne semble pas devoir être retenue, le malade affirmant l'avoir depuis quelques années.

On hésite cependant entre une affection pleuro-pulmonaire au début et une localisation périrénale; l'auscultation n'apporte aucun élément appréciable; on prescrit des compresses chaudes humides loco dolenti.

Le soir, la température dépasse 40°; le pouls bat à 100; le malade est dans un état de prostration accentuée, et répond avec peine aux questions qui lui sont posées; il se plaint de fourmillements douloureux aux mains et aux pieds.

Un nouvel examen ne précise pas le diagnostic. Après administration de 0 gr. 50 de quinine et renouvellement de la vessie d'eau chaude, il s'endort, pour être pris, vers 22 heures, d'un vomissement et de sueurs profuses.

Les jours suivants, la température offre d'amples oscillations (le matin 38°5, le soir 40°); les vomissements persistent, identiques, pendant trois jours; la région lombaire droite présente une contracture nette; la douleur irradie vers la cuisse droite et le scrotum.

Le diagnostic de suppuration périrénale est évident et le quatrième jour, le 8 février, l'état restant stationnaire, M. le Docteur Delaye décide d'intervenir le lendemain; mais le 9 février, la température paraît amorcer une détente et les phénomènes douloureux se sont notamment amendés; de sorte que l'opération est retardée et l'on reprend progressivement l'alimentation.

Le 11, épisode aigu; nouvelle cause de retard de l'intervention, il s'agit d'une angine pultacée qui dure quatre jours. Pas de Lœffler.

Le 14, le psoitis droit paraît augmenté; la position prise au début s'exagère; il est impossible au malade de se coucher du côté sain, ni de s'asseoir; il doit rester couché sur le dos ou sur le côté droit, les cuisses à demi-fléchies sur le bassin; l'extension des membres inférieurs est réalisable, mais douloureuse.

On note, la contracture lombaire ayant disparu, dans l'hypochondre droit la présence d'une tumeur, de la grosseur d'une grosse pomme, mal limitée, non douloureuse, présentant tous les caractères d'une tumeur rénale; la palpation bimanuelle permet d'établir le contact lombaire. La souplesse de la paroi abdominale, jointe à un certain amaigrissement, permet au malade de palper sur lui-même cette tuméfaction périrénale; elle s'accompagne d'un psoïtis droit plus net; mais les phénomènes généraux disparaissent, ainsi que la douleur spontanée.

Le 17, tous les phénomènes subjectifs ont à peu près disparu, le malade se lève quelques instants; l'appétit reprend progressivement; la gorge est nettoyée; les selles prennent un rythme normal; le décubitus ventral est possible.

Le 19, la douleur provoquée par la pression n'existe plus et l'état général s'améliore sensiblement. La palpation bimanuelle de la région rénale droite permet de sentir la même masse déjà perçue; elle donne bien l'impression d'être un gros rein par sa situation, sa forme, sa consistance.

En plaçant le malade debout, dans la position du « garde à vous », on est frappé par l'attitude hanchée qu'il présente; c'est « l'attitude coxalgique », décrite par L. Ramond et Lefèvre, dans certaines formes de phlegmons périnéphrétiques; l'articulation coxo-fémorale est indemne; tout semble se passer dans la région du psoas; d'ailleurs, pendant la marche, on est frappé par un certain degré de boiterie.

Le 28, le psoïtis disparaît définitivement; désormais, tous les mouvements peuvent être exécutés sans aucune gêne. La palpation met toujours en évidence la même masse de la fosse lombaire, mais déjà moins nette.

Le 11 mars, on pratique une radiographie du rein droit: on voit nettement la région rénale, avec un pôle inférieur qui dépasse la troisième costiforme; le rein (?) paraît énorme.

Devant l'excellente évolution de la maladie, on décide d'envoyer le malade en convalescence pendant un mois et demi.

Pendant cette convalescence, la tuméfaction, suivie par l'intéressé de jour en jour, disparaît petit à petit pendant que l'état général s'améliore rapidement.

Au début de mai, l'état général était florissant et il était impossible de sentir le pôle inférieur du rein; les occupations normales sont reprises et un an après, rien de nouveau ne s'est produit.

Aucune séquelle d'aucune sorte n'est perceptible.

OBSERVATION II

TROUSSEAU (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, tome III)

Le fils d'un de nos peintres les plus célèbres, jeune homme de vingt ans, ressentit une vive douleur dans la région des lombes, au moment où il faisait de violents efforts pour tirer sur la berge une petite embarcation de rivière. La douleur diminua d'abord, mais après quelques jours elle devint si aiguë, que le jeune homme dut prendre le lit; les médecins et les chirurgiens consultants, appelés près du malade, furent unanimes pour reconnaître qu'il existait une périnéphrite qui, très probablement, se terminerait par suppuration...

J'ai appris que la périnéphrite ne s'était point terminée par suppuration; et pour faire disparaître tous les symptômes, il avait suffi de diminuer l'élément douleur qui, chez ce malade, était le phénomène prédominant. Le malade jetait des cris aigus, tant la douleur était vive; quelques gouttes de la solution de sulfate neutre d'atropine injectées dans le tissu cellulaire de la région lombaire eurent facilement raison de l'élément douleur et le malade fut guéri, comme par enchantement.

Est-ce à dire qu'il y ait eu erreur de diagnostic et qu'il n'y ait jamais eu de périnéphrite? Telle n'est point mon

opinion, les chirurgiens qui avaient été appelés, habitués qu'ils sont à reconnaître semblable affection, n'avaient pu commettre d'erreur : le début, la marche et la cause de l'affection avaient eu des caractères trop tranchés pour que le doute soit permis à ce sujet. Mais l'élément douleur ayant été supprimé, tous les autres symptômes ont cédé, et la marche inflammatoire de l'affection fut enrayée.

OBSERVATION III

TROUSSEAU (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, tome III)

...La première de ces malades s'était refroidie le quatrième jour de son accouchement et avait éprouvé des frissons, de la fièvre et des douleurs dans le ventre. Le repos calma tous ces symptômes; puis, quinze jours après, cette femme ayant commis de nouvelles imprudences, fut prise de fièvre avec frissons et le ventre redevint douloureux dans la région sous-ombilicale. La douleur s'étendit à la fosse iliaque du côté gauche et quelques jours plus tard, le toucher permettait de constater du même côté l'existence d'un phlegmon du ligament large, qui, bientôt, devait s'ouvrir dans le vagin et disparaître ainsi complètement d'un jour à l'autre. Mais à l'époque où notre attention était occupée à suivre la marche du phlegmon du ligament large, la malade est prise de douleurs dans le flanc droit; la pression de la région lombaire exaspère la souffrance; il existe, dans la région du rein, un empâtement qui devient plus manifeste lorsqu'on saisit cette région entre les deux mains. Le foie n'est pas douloureux à la percussion et ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. La région iliaque droite ne présente aucune tuméfaction et n'est point douloureuse à la palpation. La lésion paraissait donc bien limitée à la région du rein droit, mais peu à peu la douleur et l'empâtement dimi-

nuent, la fièvre est moindre, les frissons ne se répètent plus et, bientôt, la palpation et la percussion permirent de constater que le travail inflammatoire était en voie de résolution. Deux mois après son entrée à l'hôpital, cette malade sortait entièrement guérie.

OBSERVATION IV

GIBNEY (*J. Amer. Med. Assoc.*, 1876. In-thèse de Lefèvre, Lille, 1920)

Fillette de six ans, hospitalisée le 21 juillet 1874, bien portante jusqu'à il y a deux semaines, début par douleurs dans la région lombaire droite, puis dans le voisinage de la hanche; claudication marquée, flexion de la cuisse, aucun antécédent à noter. Les symptômes vont en s'aggravant, mais l'état général reste bon. Dans la station debout, le corps est incliné en avant et à droite; empâtement dans la région lombaire, égal des deux côtés, mais toutefois grande sensibilité à la pression, du côté droit. Cuisse en demi-flexion, sans rotation, extension impossible, pas de douleur dans l'aîne ni sur le trochanter.

Diagnostic réservé, traitement d'attente.

Le 8 septembre, la contraction du psoas est moins marquée, mais il y a un empâtement suspect au-dessus de la crête iliaque droite, sans fluctuation nette. Traitement médical.

19 octobre. — L'empâtement a disparu, les deux côtés sont semblables. L'enfant se tient debout et marche sans boiter.

19 décembre. — Rien à noter, malgré un examen minutieux.

OBSERVATION V

WISNER TOWNSEND (*Am. Journ. Med. Ass.*, 1904, p. 1626,
In-thèse de Lefèvre, Lille, 1920)

Garçon de 13 ans, hospitalisé le 27 novembre 1903. Antécédents familiaux : Néant.

Deux semaines avant l'entrée à l'hôpital, il soulève une grosse caisse et le lendemain ressent une grande douleur dans le dos et a des frissons. La douleur était atroce et paroxystique, localisée à droite de la colonne vertébrale ; une semaine plus tard, elle se propageait en bas, vers la hanche, et en avant, dans l'abdomen.

L'enfant était constipé; il va finalement à la selle à l'aide d'un purgatif. Après le frisson, il eut de la fièvre et, trois jours après, du délire. Le médecin, appelé alors, fut incapable de faire un diagnostic, mais parla de coxalgie, quand, une semaine plus tard, la cuisse se mit en flexion et resta dans cette position.

L'enfant commença à vomir dès les premiers jours et continua même après son entrée à l'hôpital.

Il maigrit rapidement et eut chaque jour des frissons et de la fièvre pendant les deux semaines.

Examen à l'admission : température 38°3, pouls 88, respiration 18. L'enfant était pâle et souffrait de façon évidente, la cuisse en flexion sur l'abdomen, extension au delà de 90° impossible. Pas de mal de Pott; la pression profonde dans la région rénale provoque de la douleur. Urines couleur d'ambre, ni sucre, ni albumine; abdomen rétracté, pas de signes de péritonite; leucocytose (14.000).

Traitement : Repos au lit, diète lactée; les symptômes disparaissent graduellement.

Le 5 décembre : Leucocytose 7.500.

Le 18 décembre : Le malade sort guéri.

Revu le 2 février 1904 en parfaite santé.

OBSERVATION VI

WISNER TOWNSEND (*Am. Journ. Med. Ass.* 1904.

In-thèse de Lefèvre)

Fillette de 6 ans, hospitalisée le 13 novembre 1903.

Deux semaines auparavant, a eu des douleurs dans le dos avec fièvre et frissons; aucune cause connue; son médecin l'envoie à l'hôpital pour mal de Pott.

Examen : Température 40°; incontinence d'urine; sensibilité à la pression de la région lombaire droite. La douleur est plus vive quand l'enfant se penche de l'autre côté. Raideur marquée de la colonne vertébrale. Selles régulières. Pas de tumeur fluctuante. Deux jours après, les parents reprennent l'enfant, la fièvre était tombée, l'état général était meilleur.

12 février 1904 . Revue en bonne santé.

OBSERVATION VII

GUYOT (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 juin 1883)

T..., valet de chambre, 33 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 24 février 1883.

Le 18 novembre dernier, en se redressant brusquement pour éviter de tomber sur le parquet où il avait glissé, il éprouve une douleur assez vive dans les reins et, particulièrement, à gauche. Il n'en continue pas moins son travail.

Quelques jours après, il se sent mal en train, a de la fièvre, des frissons erratiques, mal de tête et surtout de la douleur dans le côté gauche; elle siège dans le flanc, est vive, lancinante, accrue par les mouvements, la respiration, la moindre pression; inappétence; cependant, ni vomissement, ni diarrhée. Il n'accuse aucune manifestation thoracique ni pulmonaire ni cardiaque.

Quelque temps après, un médecin consulté diagnostique une fièvre typhoïde. Depuis un mois, les phénomènes généraux se sont accusés; la région abdominale latérale gauche est considérablement tuméfiée; l'amaigrissement a fait de rapides progrès; le soir, frissons, transpirations abondantes.

Deux médecins qui voient le malade à quelques jours de distance portent le diagnostic de périnéphrite; ventouses, vésicatoires, cautères.

A l'examen : Malade de forte stature, amaigri, pâle; pouls un peu accéléré; l'examen de la poitrine et du cœur ne révèle rien de notable.

Toute la maladie semble localisée dans le côté gauche de l'abdomen; la région latérale, antéro et postéro-latérale de l'abdomen est le siège d'une tuméfaction assez considérable, oedémateuse dans les parties déclives. A la palpation, elle s'étend depuis les fausses-côtes de ce côté jusqu'à la crête iliaque, qu'elle déborde en avant pour se perdre sur l'arcade de Fallope; nappe indurée particulièrement résistante, ligneuse, chondroïde, identique au niveau des plans musculo-aponévrotiques à la sensation que fournit le palper de l'os iliaque.

Elle enveloppe l'épine iliaque antérieure, qui semble triplée de volume. Matité absolue à partir de la sixième côte, sur une hauteur de 20 centimètres; pas de fluctuation au point d'élection; elle est d'ailleurs difficile à rechercher en raison des douleurs vives que provoque toute pression; on trouve un certain degré d'apophysialgie rachidienne sur la portion lombaire; aucun point névralgique net; pas de trouble du côté de l'appareil urinaire; urines assez abondantes, claires, ne renfermant ni albumine ni sucre.

La température oscille entre 37°5 et 39; le 5 mars, elle s'abaisse le soir (38°2).

20 mars : La tumeur du flanc ne subit aucune modification appréciable; elle semble plutôt s'étendre dans la direction de la fosse iliaque; même consistance ligneuse, presque calcaire, même sensibilité au palper; état général assez satisfaisant.

faisant; de temps à autre, le thermomètre s'élève le soir au-dessus de 38°, mais s'abaisse toujours le matin, près de 37°; pointes de feu sur la région, renouvelées le 10 avril.

25 avril : Le soir, 40°; le lendemain, apparition d'un érysipèle qui desquame le 1^{er} mai; apyrexie complète.

20 mai : La tumeur a notablement diminué d'étendue, est à peine douloureuse; le malade commence à se lever quelques heures.

28 mai : L'appétit reprend; l'amélioration locale s'accroît.

18 juin : Il quitte l'hôpital; l'induration a bien diminué d'étendue et répond en avant à une verticale tirée de l'extrémité antérieure de la dernière fausse-côte sur la crête iliaque, avec laquelle elle se confond encore en bas; même consistance calcaire.

Les mouvements sont actuellement faciles, la station debout, la marche prolongée, la flexion du tronc n'entraînent aucune douleur, aucune gêne.

OBSERVATION VIII

NORMANN (*Klin. Wochenschrift*, 18 juin 1925, p. 1215)

V. T., 21 ans, étudiant, entre à l'hôpital le 4 décembre 1924.

De septembre à mi-novembre, furonculose. Il se plaint alors de douleurs dans l'hypochondre gauche, répondant à peu près à l'angle du côlon, irradiant dans le dos et dans la région lombaire gauche. Ces douleurs ont toujours augmenté d'intensité et sont devenues parfois très violentes; le malade a alors la sensation que les gaz ne peuvent passer au niveau de l'angle cœlique; on le soigne chez lui pour une cœlite (diète, eau de Carlsbad, compresses chaudes); courte amélioration de la douleur et, par suite, de l'insomnie; impossibilité de se livrer à un travail intellectuel.

Examen : Homme de taille et de force moyennes ; bon état général ; langue saburrale ; poumons, cœur, normaux ; abdomen d'aspect normal.

L'hypochondre gauche est sensible à la palpation profonde ; le côlon descendant est perçu comme une corde rétractée. Dans la région lombaire correspondant au bord inférieur de la douzième côte, résistance sensible dans la profondeur, de la grosseur d'une pomme, non mobilisable, de limites imprécises, très sensible à la pression ; foie et rate non palpables.

Les 4 et 5 décembre : Examen des selles et de l'estomac (tubage) : Néant.

6 décembre : Exagération de la douleur dans l'hypochondre et la région lombaire gauches.

7 décembre : Leucocytose : 12.000.

8 décembre : Urines : sucre, albumine, urobiline, indican : négatifs ; au microscope : rares cellules épithéliales, 2 à 6 leucocytes par champ.

9 décembre : Les douleurs cessent ; les lombes, l'hypochondre gauche sont sensibles à la pression. Vessie d'eau chaude ; réaction à la tuberculine de Moro : négative.

10 décembre : Radiographie : le diaphragme paraît moins mobile à gauche, mais de façon inconstante.

Température, du 4 au 10 : Le matin, 37°4, le soir, 37°5, 37°9, une fois 38° ; pouls : 80, 90, 100.

11 décembre : Exagération des douleurs ; température 36°6 ; résistance identique dans la région lombaire.

Transport à la clinique chirurgicale ; compresses matin et soir ; température normale.

16 décembre : La résistance entre la douzième côte et la musculature lombaire a disparu, les douleurs ont cessé, le malade sort, non opéré.

Il s'agit dans ce cas d'un abcès paranéphrétique et, par là, l'auteur entend l'inflammation de la capsule adipeuse du rein.

Au début d'avril 1925 : Le malade est rétabli, travaille, ne se plaint d'aucun malaise, mais est sujet, de temps à autre à de la furonculose.

OBSERVATION IX

NORMANN (*ibid.*)

Aug. N., 27 ans, arpenteur, entre à la Clinique médicale, le 26 janvier 1925; antécédents : Angines.

Mi-décembre 1924, de nombreux furoncles; le 10 janvier 1925, frissons et fièvre; le 12, il se couche (matin 37°, soir 38°5, 39°); douleurs dans l'hypochondre, particulièrement à gauche; flatulence et borborygme; il déclare sentir une douleur lorsque les gaz passent dans le côté gauche de l'intestin. Examen : Homme de taille et de force moyennes, état général satisfaisant; quelques traces de furoncles; poumons, cœur normaux; pouls régulier; aspect normal de l'abdomen. Sur la ligne mamillaire gauche, au-dessous des côtes, dans la profondeur, on sent contre la paroi postérieure de l'abdomen, une résistance sensible à la pression, de la grosseur d'une pomme, mal limitée, non mobile dans la respiration, se laissant balloter entre les deux mains.

A gauche, la paroi abdominale est un peu tendue; foie non palpable.

Dans la région lombaire gauche, une légère voussure s'étend de la douzième côte à la crête iliaque. Sensibilité nette à la pression de cette région. La musculature lombaire, à droite, est molle, facile à déprimer, à gauche, résistante. Urines : brun jaunâtre, légèrement troubles, acides, densité 1017; albumine, sucre, bilirubine: néant; présence d'urobiline, d'indican; dans le sédiment, quelques érythrocytes, quelques leucocytes, quelques placards épithéliaux, filaments muqueux; dans le sang, 17.000 globules blancs; pas de modi-

fication pathologique des selles; la température oscille entre 37°5 et 39°.

29 janvier : Le malade se sent libéré de son mal par le repos et se plaint de flatulence.

30 janvier : Urines : traces d'albumine; la résistance de la région lombaire gauche paraît plus petite, plus légère, ses dimensions ne sont pas faciles à déterminer. Température : 36°8, 38°9.

31 janvier : Chute critique de la température : 35°3, soir 36°3.

2 février : Leucocytes : 8.200; la région résistante, un peu voussurée, au-dessous de la douzième côte, est nettement plus petite; température normale.

4 février : Urines : quelques traces d'albumine ; sang : globules blancs 6.600 ; le malade n'a plus de douleur ; la résistance a presque disparu; sensibilité profonde très minime; température normale; pouls 60-100.

Vessie d'eau chaude; urotropine.

5 février : Le malade se sent complètement guéri, se promène, quitte la clinique; il fait examiner de temps en temps ses urines et continue l'usage de l'urotropine, puis du salol.

Il n'y a pas de doute sur cet abcès paranéphrétique.

Le 15 mars 1925, le malade, guéri, travaille; parfois il a ressenti une douleur légère dans la région lombaire gauche, puis elle devint si rare qu'il n'y prête plus attention.

Observations qui n'ont pas été publiées

I. — Le Docteur Lardier, de Rambervilliers (Vosges), adresse à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 27 juillet 1883, une observation intitulée : « Abcès périnéphrétique à forme subaiguë ou chronique, terminé par résolution ».

Le Docteur Risi, secrétaire général de cette Société, n'a pu, malgré des recherches minutieuses, la retrouver.

II. — Dans la thèse de Naudet :

« Je tiens du Docteur Rigal, que l'an passé, dans
« le service de M. Gubler, à Beaujon, on a observé
« un cas de périnéphrite terminée par résolution. Je
« regrette de ne pouvoir rapporter l'observation, qui
« serait du plus haut intérêt. »

III. — Hallé, dans sa thèse, s'exprime ainsi :

« La terminaison par résolution est rare, nous n'en
« avons vu qu'un seul exemple, encore est-il douteux,
« quoique le malade ait eu presque tous les signes
« d'une inflammation périnéphrétique... Il a subi, dès
« son entrée, un traitement antiphlogistique auquel,
« suivant nous, on doit attribuer son amélioration
« sensible. Il est probable que ce malade n'est pas le
« seul... »

IV. — Albarran a vu ce cas se produire une fois dans son service.

V. — En 1888, Verneuil communiqua à l'Académie des Sciences l'observation d'un médecin de 32 ans qui, après des orgelets, un furoncle et un anthrax fit, dix jours après guérison complète de ces divers accidents, une périnéphrite qui ne guérit que sept mois plus tard.

Il n'est pas question du traitement et cette observation ne doit être retenue.

Historique

L'histoire de la périnéphrite ne date, à proprement parler, que de Rayer, car, avant lui, on ne trouve dans les archives de la médecine que quelques faits épars, quelques observations incomplètes ou douteuses d'abcès circumrénaux, nulle part de chapitre distinct, de description détaillée.

Cependant Hippocrate semble en avoir soupçonné l'existence lorsqu'il signale les ulcères des lombes ; il conseillait la néphrotomie lorsque le rein suppure.

L'affection calculeuse fut signalée par de nombreux auteurs comme une de ses causes ; puis Cabrol et Blaud rapportèrent des cas absolument indépendants de la lithiase rénale.

Enfin, rassemblant la série d'observations de ses prédécesseurs, Rayer définit la périnéphrite. définition qui demeure classique.

Dès lors les observations se multiplient ; mais il faut attendre Trousseau pour connaître les premiers cas de périnéphrite terminée par résolution ; il en publie deux dont le premier fut discuté par Naudet et Le Dentu.

Après lui, Gibney en 1876, Guyot en 1883 en rap-

portent chacun un ; Wisner Townsend en 1904, et Normann en 1925, en donnent deux.

A côté de ces observations complètes, il faut en signaler d'inédites : celle d'Hallé en 1863, celle du Docteur Lardier en 1883, une autre dont Naudet fait mention dans sa thèse ; Albarran en constate dans son service. Il ne faut pas tenir compte d'un fait rapporté par Verneuil en 1888, car il n'est pas précisé de traitement.

Enfin Newmann et Stewart ont décrit des « périné-
« phrites aiguës non terminées par suppuration ».

Cette question n'a pas été l'objet d'un travail d'ensemble ; cependant depuis que les périnéphrites sont opérées, on les connaît mieux, et le diagnostic de leurs formes abortives se fait avec toutes la rigueur scientifique désirée.

Définition

L'inflammation suppurative du tissu cellulo-graisseux qui entoure le rein constitue ce que Rayer a appelé la périnéphrite. Suivant le caractère des modifications pathologiques auxquelles on assiste, on distingue plusieurs formes que Legueu et Papin ont classées en :

1° Périnéphrites non suppurées : elles peuvent être scléreuse ou fibreuse, lipomateuse, scléro-lipomateuse; à ce groupe on peut rattacher le type décrit par Marsan sous le nom de périnéphrite chronique douloureuse ;

2° Périnéphrites suppurées, autrement dites abcès ou phlegmons périnéphrétiques, dont on distingue avec Rayer deux variétés :

- a) Périnéphrites primitives : en réalité, elles sont secondaires à une infection générale ; la suppuration, indépendante de toute lésion des organes voisins, se localise autour du rein.
- b) Périnéphrites secondaires, consécutives aux lésions d'un organe du voisinage, ou à la propagation à l'atmosphère périrénale d'une suppuration voisine.

La périnéphrite primitive est consécutive à une infection passée inaperçue : plaie infectée de la région rénale, ou infection du sang ayant son point de départ dans un organe éloigné du rein (furuncle, panaris, eczéma); il y aurait là une phase de septicémie discrète à manifestation tardive, se localisant avec prédilection autour du filtre rénal.

Cette classification permet de distinguer les formes chroniques non suppurées des formes aiguës suppurées. Albarran met à part les périnéphrites tuberculeuses ; de même ne rentrent pas dans le cadre de notre exposé les périnéphrites syphilitiques, dont on a signalé récemment un exemple, ni les abcès consécutifs à une néoplasie de voisinage.

Le terme de périnéphrite n'est pas admis partout. Les auteurs allemands notamment, distinguent la périnéphrite de la paranéphrite : pour eux, la première est l'inflammation de la capsule propre ; Küster la considère comme une péritonite localisée au feuillet séreux qui passe en avant du rein ; la paranéphrite, au contraire, serait l'inflammation de la capsule adipeuse du rein. Cette manière de voir n'est pas admise en France ; seule fait loi la définition de Rayer ; la périnéphrite comprend donc à la fois l'inflammation de la capsule propre et celle de l'atmosphère celluleuse. Les termes de périnéphrite, abcès et phlegmon périnéphrétiques sont actuellement synonymes.

Récemment Sergent a décrit des formes médicales de phlegmons périnéphrétiques ; ce sont des formes que les médecins ont l'occasion de suivre, et c'est à eux qu'incombe le soin de découvrir, derrière un mas-

que trompeur d'affection médicale, l'affection chirurgicale qui s'y cache. Ce point de vue, certes, n'est pas à négliger, mais il semble inutile d'introduire dans le vocabulaire médical un nouveau terme équivoque.

Il ne s'agit pas pour nous de faire des distinctions de formes médicales ou chirurgicales.

Nous nous efforcerons de montrer que la maladie, dans un petit nombre d'observations, s'est acheminée directement vers la guérison, de façon progressive et continue, sans intervention thérapeutique ; et nous nous garderons bien de la tendance à généraliser ce mode particulier d'évolution.

Etiologie

Nous envisagerons sous ce chapitre les causes prédisposantes, occasionnelles et déterminantes.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Elles comptent peu vis-à-vis des autres. Les deux sexes sont également atteints, toutefois l'homme plus souvent que la femme (6 fois contre 3).

L'âge le plus favorable est de 20 à 35 ans (5 fois) ; au-dessous (6 à 13 ans) : 3 fois ; ceci s'explique par l'état de résistance de l'individu, qui est plus grand à cette période de l'existence.

Une remarque très importante doit être faite à propos de la localisation : la périnéphrite, en effet, a tendance à se développer à droite (5 fois), quelquefois à gauche (3 fois) ; jamais elle n'est bilatérale, dans les formes abortives.

Enfin, elle se développe avec prédilection en novembre, décembre et janvier.

CAUSES OCCASIONNELLES.

La fatigue, le surmenage physique auxquels les anciens accordaient une grosse importance, ne jouent le plus souvent qu'un rôle effacé, en débilitant l'organisme.

La contusion, Tuffier l'a démontré expérimentalement, ne suppure pas ; mais elle peut jouer un rôle indéniable en localisant au niveau de la capsule adipeuse du rein une septicémie pré-existante. C'est ce qu'a démontré l'expérience d'Albarran : il injecte dans la veine marginale du lapin une culture de staphylocoques ou de colibacilles, puis il froisse par une forte compression digitale le tissu périrénal ; il détermine ainsi une suppuration localisée à ce tissu. Peut-être la contusion n'intervient-elle qu'en déterminant un hématome périrénal susceptible de s'enflammer secondairement ?

L'effort musculaire, ainsi que le froid, ont pu déterminer des périnéphrites ; ceci expliquerait la fréquence de cette maladie dans la saison froide.

Nous ne citerons enfin que pour mémoire la valeur importante que Trousseau attribuait à la douleur dans la genèse des phlegmons périnéphrétiques.

CAUSES DÉTERMINANTES.

Ce sont les microbes : le staphylocoque semble le plus souvent être en cause ; il proviendrait de lésions suppuratives comme un furoncle, un panaris, de l'eczéma.

Dans les cas où on n'a pu en trouver l'origine, il faut rechercher l'existence antérieure d'une angine, parfois passée inaperçue.

Il y aurait alors une septicémie discrète qui ne se manifesterait qu'au niveau d'un rein, le droit de préférence, sans toucher d'autres organes ; l'atteinte périnérale se réaliserait alors, après une certaine incuba-

tion, sous l'influence combinée du surmenage, d'un effort musculaire ou d'un traumatisme rénal.

Quelquefois on ne trouve comme point de départ que de la constipation.

Les périnéphrites consécutives à une lésion des organes voisins ne semblent pas rentrer dans le groupe des formes résolutives (sauf la seconde observation de Trousseau).

Pathogénie

A première vue, ce chapitre semblerait inutile, puisque la vérification opératoire ou nécropsique n'a été pratiquée.

Cependant, d'après les signes cliniques, d'une part, d'autre part d'après les découvertes opératoires et expérimentales, il est permis de faire une interprétation des faits, certainement très proche de la réalité.

Albarran distingue deux variétés : la périnéphrite sous-capsulaire et la périnéphrite extra-capsulaire.

La première consisterait soit en une série de petites collections purulentes, indépendantes les unes des autres et siégeant entre la capsule propre et le parenchyme rénal — soit en un vaste abcès sous-capsulaire, entourant une grande partie du rein.

La seconde est la forme la plus commune, banale, de l'abcès périnéphrétique ; elle aussi peut se présenter sous forme de petits foyers indépendants, ou bien de foyer purulent collecté, mais dont le siège et le volume sont variables.

Le plus souvent, c'est en arrière du rein, entre cet organe et le feuillet fibreux du fascia périrénal, que l'on trouve la collection ; elle est enfermée dans la

gaine fibro-cellulaire qui entoure l'atmosphère graisseuse du rein. Ses limites sont : en avant le rein, en dehors l'adhérence du péritoine au feuillet fibreux de Zukerkandl; elle s'étend généralement aux deux extrémités du rein ; parfois elle prédomine en haut ou en bas, ce qui a permis à Roberts de distinguer diverses localisations ayant des symptômes propres.

Le mécanisme de l'infection se ferait par deux voies : lymphatique et sanguine. Dans le cas de septicémie, l'apport microbien se ferait par voie embolique; les bactéries sont susceptibles d'être amenées directement par les vaisseaux de la capsule dans la loge périrénale, et d'en causer plus tard la suppuration. Ce mécanisme de l'infection est possible (expérimentalement), mais rare.

Dans le plus grand nombre de cas, le stade périnéphrétique est précédé par une étape intermédiaire rénale (anthrax ou furoncle du rein, d'Israël) : les microbes arrivent au rein, chargé de les éliminer ; ils séjournent particulièrement nombreux dans la substance corticale très vasculaire, et souvent ils y occasionnent de petites lésions d'inflammation corticale, de petits abcès ; secondairement, ces derniers entraînent la suppuration de la loge périrénale, soit par contiguité et par voie lymphatique, soit par effraction, suivant le mécanisme des grosses infections rénales; de là, la raison de la prédominance du phlegmon périnéphrétique à droite, le rein droit étant prédisposé à faire de la néphrite suppurée (Marion).

Les deux cas décrits par Newmann et Stewart sous le nom de « périnéphrites aiguës non suppurées » ren-

treraient probablement dans le cadre de notre sujet. Malheureusement pour nous, l'opération ayant été pratiquée et n'ayant pas évacué de pus, on est en droit de se demander quelle aurait été la suite des événements si l'on s'était abstenu d'intervenir.

Symptomatologie

I. — *Début*

Le mode de début est variable : rarement brusque, le plus souvent insidieux. En général, c'est une quinzaine de jours après l'accident primitif que l'on voit apparaître la complication périrénale.

Dans la forme à début insidieux, le malade ressent une gêne dans la région lombaire, avec quelques douleurs sourdes, parfois des élancements ; la température monte, le pouls s'accélère ; en même temps apparaissent la lassitude, l'inappétence, une soif vive ; progressivement on arrive à la période suivante :

II. — *Etat*

Certains malades y sont d'emblée.

On constate trois symptômes principaux : la fièvre, la douleur et les attitudes vicieuses.

SIGNES GÉNÉRAUX

la fièvre est constante ; elle peut être intense et vive dès le début, s'accompagnant de frissons ; elle est tantôt continue, tantôt intermittente avec de grandes oscil-

lations, tantôt intermittente, et passe par les trois stades de l'accès palustre : frisson, chaleur et transpiration.

le pouls est en rapport avec la température ; il est généralement accéléré à 100, 110, 120.

troubles digestifs : langue sale, anorexie, constipation, vomissements persistants. Marion insiste sur la valeur de ces deux derniers signes. La constipation est liée soit à l'état fébrile, soit à la compression du côlon, soit à l'irritation du plexus intestinal.

troubles nerveux : céphalée, insomnie, fatigue générale, courbatures, malaises.

SIGNES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS :

Ils sont constitués par la douleur et les attitudes vicieuses.

La douleur :

- a) Caractères : elle existe dans tous les cas, à des degrés divers : élancements, tiraillements, brûlures, constrictions, douleur en éclair, douleur sourde et profonde. Spontanée et généralement continue, elle présente parfois des crises paroxysmiques séparées par des périodes de rémission.

Pour Trousseau, elle peut disparaître pour un temps variable, quelques semaines, quelques mois et attendre une nouvelle cause déterminante pour se montrer de nouveau ; ordinairement, il n'en est pas ainsi, la souffrance est persistante. C'est un symptôme de grande valeur, le seul phénomène local pendant plusieurs semaines.

- b) Siège : elle est mal localisée, mais on la provoque par la palpation ; son maximum d'acuité se trouve au niveau de l'angle formé par la 12^e côte et la masse lombaire.
- c) Irradiations : elles sont habituelles, et aussi pénibles que la douleur elle-même ; elles se font parfois de tous côtés, le plus souvent en bas, vers la fosse iliaque, le scrotum, la partie supérieure de la cuisse ; en effet, par sa face postérieure, le rein est en rapport intime avec les nerfs abdomino-génital et fémoro-cutané, issus du plexus lombaire, qui envoient leurs branches terminales dans ces différentes régions.

On a même signalé des irradiations vers l'épaule.

- d) Influences modifiant la douleur : les mouvements volontaires ou provoqués, les secousses, la pression sur la paroi abdominale antérieure ou sur la région lombaire exaspèrent cette douleur d'une façon plus ou moins pénible suivant qu'elle est déjà plus ou moins vive. C'est un caractère constant pour Le Dentu.

Les inspirations profondes, la toux, agissent dans le même sens.

La pression, lorsqu'on cherche à comprendre la région lombaire entre les deux mains (Trousseau) ou lorsqu'elle agit soit en arrière, en dehors de la masse sacro-lombaire, soit en avant, au-dessous des côtes, contribue aussi à exagérer cette douleur. La marche, la station verticale ou assise,

ne peuvent la soulager ; seul le repos dans le décubitus horizontal favorise son atténuation, et même sa disparition.

- e) Crises douloureuses : sur ce fond de douleur sourde, continue, se présentent des exacerbations survenant sous l'aspect de crises violentes, à la suite d'une marche, d'un effort, d'un mouvement intempestif, voire même d'un examen médical ; d'autres malades ne peuvent se coucher sur le côté sain, à cause des tiraillements qui se produisent du côté malade, sous peine de provoquer une crise.

Attitudes vicieuses:

Elles se manifestent comme s'il y avait un léger psoïtis : le malade cherchant instinctivement à relâcher les muscles de la paroi abdominale et le psoas iliaque, reste immobile sur le dos, la cuisse malade en légère flexion sur le bassin, et en rotation interne, ou bien se tourne du côté malade.

On recherchera la contracture des muscles de la paroi lombaire ; celle-ci ne se laisse pas déprimer, manœuvre possible du côté sain.

Enfin, certains signes fonctionnels pourront égarer le diagnostic: signes pleuro-pulmonaires des collections hautes, péritonisme de la périnéphrite antérieure.

Pour terminer, l'examen des urines sera fait soigneusement, et en principe, ne révélera rien d'anormal.

III. — *Tuméfaction*

La région, de plus en plus douloureuse à la pression devient le siège d'un empâtement plus ou moins étendu. En même temps l'échancrure costo-iliaque s'efface ; le malade étant dans le décubitus dorsal, si l'on plonge la main sous la région lombaire, on perçoit par le toucher, comme par la vue, une saillie plus ou moins marquée ; si, en même temps, on place l'autre main sur la région antérieure correspondante, on constate entre les deux mains une tumeur profonde, se continuant avec le tissu cellulaire sous-cutané (Trousseau).

Cette tuméfaction lombaire a mis environ quinze jours pour se produire; tout d'abord, ce n'est qu'une simple voussure remplissant le méplat lombaire ; la comparaison entre les deux côtés est très instructive à cette période ; elle se précise par la suite, se délimite tout en augmentant progressivement de volume. Dans la plupart des cas, elle est d'une recherche difficile ; on explore bien le malade en le couchant à plat sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, ou couché sur le côté (Le Dentu) ou encore dans le décubitus ventral.

On procède par des pressions douces, régulières, suivant le rythme respiratoire. Lorsqu'on commande au malade de faire de grands mouvements respiratoires, la tumeur est immobile, et l'on acquiert la certitude qu'elle est indépendante du foie, qui s'abaisse et s'élève à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration.

Elle se montre plutôt lombaire qu'abdominale, suivant la loi de Tuffier : « la pyonéphrose est une tumeur abdominale, le phlegmon périnéphrétique est une tumeur lombaire ».

La palpation, même douce, réveille de vives douleurs.

La percussion donne une matité à limites imprécises.

En évoluant, la tuméfaction devient franchement perceptible ; la peau est chaude, rouge, et l'on peut parfois mettre en évidence un signe décisif, l'œdème de la paroi lombaire, œdème unilatéral, dépassant les limites de la tumeur.

Trousseau et Naudet citent des cas où la maladie se termina par résolution, quoiqu'elle fut déjà arrivée à cette période avancée. D'une façon générale, la résolution commence avant l'apparition de l'œdème.

A ce moment, si l'on fait mettre debout le malade, il prendra une attitude coxalgique, d'où la forme pseudo-coxalgique des phlegmons périnéphrétiques décrite par L. Raymond et Lefèvre.

Enfin, on pratiquera une radiographie du rein.

D'après Edwin Beer, elle montrera deux signes importants :

déviation à concavité dirigée du côté affecté
et obscurcissement du bord externe du psoas.

Chevassu attache une grande importance diagnostique aux mouvements du diaphragme.

M. H. Hüssel et H. K. Pancast ont pu, grâce à la radiographie, découvrir chez deux de leurs malades l'existence du phlegmon périnéphrétique.

Evolution

Tandis que le début se fait en général de façon brusque et que la maladie marche d'un pas régulier, la périnéphrite prend des allures lentes, et met plusieurs semaines à évoluer : un mois en moyenne, six semaines et même cinq mois. Il est fréquent de voir le diagnostic imprécis pendant plusieurs semaines.

Marion fait ressortir l'évolution ondulante de certaines périnéphrites : le malade souffre beaucoup, a une fièvre élevée ; on constate une résistance de la paroi ; on institue un traitement convenable : la fièvre baisse, la douleur diminue, toutes les espérances sont permises ; mais quelques jours plus tard, la résistance et l'induration de la paroi persistant, une nouvelle poussée se fait, fébrile et douloureuse ; et ainsi l'on voit certaines formes où les rechutes se succèdent.

Mais, en général, au bout de quelques semaines, les signes diminuent. Hallé conseille de n'espérer la résolution qu'au cas où les symptômes locaux ont pris peu de développement ; elle ne sera d'après lui, plus certaine ou probable que si la maladie est primitive, et le rein hors de cause.

V. Rochet et V.-J. O'Connor signalent que la sclé-

rose périrénale peut survenir comme séquelle de périnéphrites ; nous ferons observer que ceci est en contradiction avec les faits que nous rapportons.

Pour Sergent, la résorption, très lente, s'accompagnerait d'une réaction de cellulite ligneuse telle que, même dans ce cas, l'évacuation chirurgicale serait préférable.

Lorsque la maladie survient dans le cours ou au déclin d'une affection générale, elle passe souvent inaperçue, au moins pendant une bonne partie de son évolution.

Le pronostic n'est pas mesurable ; la seule statistique que l'on possède est celle de Poland, citée par Roberts : sur 8 cas qui ne furent pas opérés, il y eut 6 morts.

Ainsi donc, on ne se hâtera pas de déclarer le malade guéri ; on l'enverra en convalescence d'une durée assez longue ; ce n'est qu'après de nouveaux examens, répétés à des dates éloignées qu'on pourra affirmer la *restitutio ad integrum*.

Diagnostic

I. — Diagnostic positif

Il est basé sur la douleur lombaire, la présence d'une masse adhérent à la paroi lombaire, l'absence de pyurie, et enfin sur la marche de la maladie.

La ponction exploratrice n'est pas à conseiller.

II. — Diagnostic différentiel

1° *Au début*, la fièvre et la douleur feront éliminer :

- a) Le lumbago, facile à reconnaître par le siège musculaire de la douleur ;
- b) Les névralgies iléo-lombaires, caractérisées par des points douloureux spéciaux ;
- c) Les fièvres éruptives (typhoïde, paludisme ; la quinine sera alors le meilleur moyen de diagnostic).

Le diagnostic, à cette période, est toujours difficile ; l'association de la fièvre et de la douleur peut faire

soupçonner le phlegmon périnéphrétique ; mais il est rare que le diagnostic puisse être porté avec précision avant qu'apparaisse l'empâtement de la région périnéale.

Il ne peut être éclairci que par un soigneux examen de cette région aux doubles points de vue de la douleur et de la tuméfaction profondes.

Lorsque la fièvre et la douleur existent en même temps, lorsque surtout on voit des allures intermittentes dans la fièvre, ou qu'on observe des rémissions, suivies de reprises, on peut croire à une périnéphrite, même en l'absence de tuméfaction périnéale évidente.

2° *L'apparition de la tuméfaction lombaire permettra d'écarter :*

- a) les abcès de la paroi lombaire, ne s'accompagnant pas de phénomènes généraux aussi sérieux, et ne présentant pas de réductibilité à la pression ;
- b) les abcès froids du tissu rétro-rénal, à évolution chronique, dont la cause la plus fréquente se trouvera dans une lésion osseuse voisine ;
- c) les tumeurs stercorales du côlon ;
- d) les kystes rénaux, moins douloureux, n'occasionnant pas de fièvre ; le ballottement rénal sera perçu sans que ce signe soit toutefois absolu ;

e) la hernie de l'intestin, à travers le triangle de J.-L. Petit.

Plus profondément on éliminera :

f) néphrite aiguë ;

g) hydronéphrose, pyonéphrose, calculeuse ou non, se manifestant par des décharges urinaires, mais surtout par le résultat précieux que nous apportent le cathétérisme des uretères et la pyélographie.

Enfin, les tumeurs de la rate, les abcès ou kystes suppurés du foie, l'empyème de la vésicule biliaire, l'anévrysme de l'aorte abdominale peuvent, dans de rares cas, prêter à confusion.

3° *Le psoïtis* peut simuler une atteinte de l'articulation coxo-fémorale par la rétraction de la cuisse, les douleurs et l'attitude coxalgique ; mais dans ce cas, la cuisse ne peut être étendue, même à un faible degré, et ni la fièvre, ni les antécédents n'ont l'allure spéciale du phlegmon périnéphrétique ; Gangolphe insistait sur l'éversion de la cuisse en rotation externe, signe d'atteinte fémorale.

Elle sera facilement distinguée de toutes les suppurations pelviennes.

La douleur profonde de la périnéphrite, qui est unilatérale, les caractères de la fièvre, qui est continue avec exacerbations, suffiront le plus souvent à distinguer l'affection du lumbago, dans lequel la douleur s'accompagne de fièvre ; dans ce dernier cas, le mouvement fébrile est très léger.

III. — Diagnostic étiologique

On l'établira selon les **commémoratifs**, et surtout d'après la marche de la maladie ; la fréquence dans les antécédents de la furonculose fera penser à l'origine staphylococcique de la périnéphrite.

Traitement

De tous temps, on a recherché les moyens de favoriser la résolution. Le diagnostic étant établi de façon précoce, on mettra en œuvre tous les procédés capables de diriger le malade vers cette éventualité heureuse.

Ainsi, Rayet recommandait les antiphlogistiques lorsqu'il s'agissait de périnéphrites primitives ; il n'est pas démontré, ajoutait-il, qu'on puisse, dans de semblables cas, prévenir la formation d'un abcès.

Chopart semble douter de l'efficacité de l'intervention précoce ; c'est un précepte, dit-il, mais on sent qu'à ce moment le diagnostic de phlegmon périnéphrétique n'est pas sûr.

Guéneau de Mussy, Horsley, L. Ramond n'envisagent pas cette possibilité.

Au contraire, Trousseau nous a laissé ces indications : « Efforcez-vous d'abord de calmer la douleur
« au moyen de frictions avec les préparations de belladone et d'opium, ou par les injections sous-cutanées
« avec les solutions d'atropine ou de morphine ; vous
« pourrez aussi avec succès faire appliquer sur la région douloureuse des ventouses scarifiées et de larges vésicatoires volants ; en même temps, vous en-

« tretiendrez la liberté du ventre avec des purgatifs
« salins répétés chaque jour et des lavements. »

Demarquay partage cet avis, mais conseille de ne pas insister trop longtemps. Hallé s'exprime de la même manière. Naudet aussi, mais il combat la pratique de la saignée. Elias, rapportant les observations de Gibney et de Trousseau, conseille de s'assurer du diagnostic par une ponction exploratrice, puis d'opérer.

Pour Albarran, une fois le diagnostic posé, il faut intervenir,... la résolution étant une terminaison trop aléatoire.

Flandrin et Chevassu recommandent les pansements humides chauds, fréquemment renouvelés.

Ce dernier cite le cas d'un phlegmon périnéphrétique avec fièvre à 40°, arrêté dans son évolution par la vaccination antistaphylococcique.

MM. Pigeon et Laveine (*Soc. de Méd. Milit. Franç.*, 1923) ont fait rétrocéder une suppuration non douteuse de la loge périrénale chez un enfant de onze ans, grâce au propidon. André et Chevassu citent plusieurs cas identiques ; de même Noguès, Le Fur, Guilleminet, avec des autovaccins.

Bernard considère la vaccinothérapie comme une conduite possible quand rien ne presse, au début, mais n'est plus de mise lorsque la résolution ne se fait pas ; et par résolution, il entend l'abaissement de la température, la disparition de la douleur et de l'empâtement.

Il est incontestable que la vaccinothérapie n'a pas été nuisible, mais qui nous démontre qu'on doive lui attribuer le bénéfice de ces résultats heureux ?

On peut se rallier à l'opinion de Cathelin : « il est
« bien certain qu'il ne serait pas sage de se précipiter,
« le bistouri à la main, sur un malade qui, avec un
« peu de fièvre, présenterait un syndrome lombaire
« douloureux. Il faut attendre l'évolution des lésions,
« d'autant plus qu'avec une thérapeutique bien con-
« duite, tout peut encore s'arranger...

« La révulsion humide chaude locale est un excel-
« lent adjuvant pour aider à la résorption de l'infiltra-
« tion. On y recourra trois fois par jour, en utilisant
« les grands enveloppements chauds et la serviette
« exprimée. »

Conclusions

I. — L'observation que nous publions montre qu'il existe une forme de périnéphrite infectieuse se terminant spontanément par la résolution.

III. — Cette forme est rare ; les observations que nous avons rassemblées en témoignent.

III. — Il est bien entendu qu'on ne doit pas attendre ce mode de terminaison du phlegmon périnéphrétique ; l'intervention chirurgicale simple et sûre est le procédé de choix de traitement.

IV. — Mais ceci nous démontre qu'il faut être prudent dans l'interprétation de certains faits ; et il est probable que la guérison du cas que nous publions aurait été mise par nous au nombre des succès des méthodes biologiques, si un traitement de ce genre avait été institué.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 6 Octobre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ALBARRAN. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, de Le Dentu-Delbet, 1899, tome VIII, p. 761.
- BAREYT. — Absès périnéphrétiques primitifs avec complications pulmonaires. *Thèse*, Paris, 1920.
- BEER (Edwin). — *Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, tome XXV, p. 106.
- BERNARD. — *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, tome LXXXV, 1926, p. 28.
- CATHELIN. — *Diagnostic et traitement des phlegmons périnéphrétiques clinique et laboratoire*, septembre 1929 p. 185.
- CHAUVENET. — Contribution à l'étude des phlegmons périnéphrétiques. *Thèse*, Paris, 1894.
- CHEVASSU. — *Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, tome XIX, p. 44-48.
- CHOPART. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1821, tome I, p. 130 et 269.
- CLEISZ. — Les périnéphrites suppurées métastatiques. *Thèse*, Paris, 1919.
- VINCENT. J. O'CONNOR. — *The Journal of the Amer. Assoc.*, tome LXXXV, p. 1118, n° 15.
- *In Journal d'Urologie méd. et chir.*, tome XXI, p. 276.
- DEHERRIPTON et LAMOINE. — L'attitude coxalgique, premier signe de certains phlegmons périnéphrétiques chez l'enfant. *Information médicale*, 1^{er} août 1930.

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Article:
Rein.

ELIAS. — Zur Heilung primärer perinephritischer Abscesse.
Deutsche Medicinische Wochenschrift, n° 20, 1879.

FLANDRIN. — *Urologie*, 1927.

GOIKOVITCH. — Du phlegmon périnéphrétique et en particulier de sa forme multiloculaire. *Thèse*, Bordeaux, 1922.

GUILLEMINET. — Deux cas de périnéphrites à staphylocoques.
Société de chirurgie de Lyon, 7 avril 1927, tome II, p. 203-215.

GUYOT. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 22 juin 1883.

GUÉNEAU DE MUSSY. — Du phlegmon périnéphrétique. In
Clinique médicales.

HALLÉ (Charles). — Du phlegmon périnéphrétique. *Thèse*,
HORSLEY. — *Presse médicale* du 8 février 1908.

LECORCHÉ. — *Traité des maladies des reins*, 1875, p. 773.

LE DENTU. — *Clinique chirurgicale*.

— *Affection chirurgicale des reins*.

LEFÈVRE. — La périnéphrite suppurée chez l'enfant. *Thèse*,
Lille, 1920.

LEGUEU. — *Traité chirurgical d'urologie*, 1910, p. 498.

LEGUEU et PAPIN. — *Précis d'Urologie*, 1921, p. 631.

MARION. — *Traité d'Urologie*, 1921, p. 378-385.

— *Journal d'Urologie médicale et chirurgicale* : On connaît mal le phlegmon périnéphrétique. Comment le reconnaître et comment le traiter, tome XIX, p. 140.

LEGUEU. — *Traité chirurgical d'Urologie*, 1910, p. 498.

MARSAN (Félix). — Les néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses, *Thèse Paris*, 1910.

MELOU. — Du phlegmon périnéphrétique chez l'enfant, *Thèse* Lyon, 1913.

NÈGRE. — Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant, *Thèse* Montpellier, 1903.

- NORMAN (H.). — Uber Spontanheilung der akuten Parane-
nephritis, *Klinische Wochenschrift*, 18 juin 1925,
page 1215.
- PARMENTIER. — Leçon de Demarquay. *Union Médicale*, 1862,
tome XV, pages 407, 440 et 570.
- RAMOND (L.). — Conférences de clinique médicale pratique,
Paris, 1923, pp. 155-185.
- RAYER. — *Traité des maladies des reins*, 1841, tome III,
p. 244.
- ROCHET (V.). — Périnéphrite in *Encyclopédie française d'Uro-
logie*, tome III, Paris 1914.
- TROUSSEAU. — Des abcès périnéphrétiques, in *Cliniques Mé-
dicales de l'Hôtel-Dieu*, tome III, pp. 696-723.
- TUFFIER. — Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein,
1889.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Observations	9
Historique	25
Définition	27
Etiologie	31
Pathogénie	35
Symptomatologie	39
Evolution	45
Diagnostic	47
Traitement	51
Conclusions	55
Bibliographie	57



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

oo oo IMPRIMEURS-ÉDITEURS oo oo

oo 42, QUAI GAILLETON, 42 oo

oo oo oo oo LYON oo oo oo oo



